













Conhecimento e atitudes sobre as políticas MPOWER da OMS para redução do uso do tabaco em nível populacional: comparação entre estudantes de medicina do terceiro e sexto anos

Stella Regina Martins¹, André Salem Szklo², Marco Antônio Bussacos³, Gustavo Faibischew Prado⁴, Renato Batista Paceli⁵, Frederico Leon Arrabal Fernandes¹, Elisa Maria Siqueira Lombardi¹, Rafaela Giunti Basso⁶, Mário Terra-Filho⁷, Ubiratan Paula Santos¹

1. Divisão de Pneumologia, Instituto do Coração – InCor – Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP) Brasil.
2. Divisão de Pesquisa Populacional, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA – Rio de Janeiro (RJ) Brasil.
3. Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho – FUNDACENTRO – São Paulo (SP) Brasil.
4. Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo (SP) Brasil.
5. Microecologia Medicina Diagnóstica, São Paulo (SP) Brasil.
6. Internal Medicine Residency Program, Southeast Health, Dothan, AL, USA.
7. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo (SP) Brasil.

Recebido: 9 dezembro 2019.

Aprovado: 26 setembro 2020.

Trabalho realizado na Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP) Brasil.

RESUMO

Objetivo: Avaliar estudantes de medicina do terceiro e sexto anos no Brasil em relação a seu conhecimento e atitudes sobre as políticas MPOWER da OMS para redução do uso do tabaco. **Métodos:** A Pesquisa Global de Estudantes de Profissões da Saúde da OMS foi aplicada em cinco coortes de estudantes de medicina avaliados no terceiro e sexto anos da graduação, entre 2008 e 2015. Foram feitas comparações entre os dois anos da graduação em relação às proporções de estudantes que experimentaram ou fizeram uso de produtos de tabaco nos últimos 30 dias antes da pesquisa; conhecimento e cumprimento das políticas antifumo no campus universitário; treinamento formal sobre estratégias de cessação do tabagismo; e autorreconhecimento como modelo de comportamento para pacientes/sociedade. **Resultados:** Dos 943 estudantes que preencheram a pesquisa, aproximadamente 6% haviam fumado cigarro nos últimos 30 dias antes da pesquisa. Ao compararmos o terceiro e sexto anos da graduação, observamos um aumento significativo na proporção de estudantes que tinham conhecimento sobre estratégias de cessação do tabagismo (22,74% vs. 95,84%; $p < 0,001$) e na daqueles que reconheciam seu papel como modelo para pacientes/sociedade (84,5% vs. 89,7%; $p = 0,023$). O conhecimento dos estudantes sobre as políticas de tabagismo existentes no campus universitário associou-se ao aumento no autorreconhecimento como modelo de comportamento (diferença absoluta ajustada = 6,7%; p ajustado = 0,050). **Conclusões:** O conhecimento sobre estratégias de cessação do tabagismo e a autorreconhecimento como modelo de comportamento para pacientes/sociedade aumentaram ao longo da graduação e estão associados à implementação de políticas antifumo.

Descritores: Organização Mundial da Saúde; Educação profissional em saúde pública; Estudantes de medicina; Tabaco; Fortalecimento institucional; Comportamentos relacionados com a saúde.

INTRODUÇÃO

Todos os anos, o uso do tabaco mata mais de 8 milhões de pessoas em todo o mundo.⁽¹⁾ Em 2008, a Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco elaborou seis políticas-chave para reduzir a demanda por produtos de tabaco. Essas medidas são conhecidas como MPOWER, acrônimo das seguintes recomendações: **Monitor tobacco use and prevention policies** (Monitorar o uso do tabaco e as políticas de prevenção); **Protect people from tobacco smoke** (Proteger as pessoas da fumaça do tabaco); **Offer help to quit** (Oferecer ajuda para a cessação); **Warn about the dangers of tobacco** (Alertar sobre os perigos do tabaco); **Enforce bans on tobacco advertising, promotion, and sponsorship** (Fazer cumprir a proibição da publicidade, promoção e patrocínio

do tabaco); e **Raise taxes on tobacco** (Aumentar os impostos sobre o tabaco).⁽²⁾

O sétimo Relatório da OMS sobre a Epidemia Global do Tabaco,⁽³⁾ lançado no Brasil em julho de 2019, foi um marco para as políticas de controle do tabaco no país. Na ocasião, o Brasil foi reconhecido como o segundo país do mundo a implementar, no mais alto nível, todas as medidas contidas no pacote MPOWER.

A maioria dos fumantes quer parar de fumar, e a chance de cessação aumenta com os profissionais de saúde oferecendo ajuda para o abandono do uso do tabaco (abordagem comportamental e/ou medicamentosa). A oferta de ajuda para parar de fumar é uma intervenção de base populacional com bom custo-benefício.^(3,4) O relatório da OMS enfatizou a necessidade de expandir a

Endereço para correspondência:

Ubiratan de Paula Santos. Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44, 8º andar, Bloco B, CEP 05403-900, São Paulo, SP, Brasil.
Tel.: 55 11 2661-5191. Fax: 55 11 2661-5990. E-mail: pneubiratan@incor.usp.br
Apoio financeiro: Nenhum.

política **Offer**, com a disponibilização de um número maior de serviços de cessação do tabagismo como um componente essencial de qualquer estratégia de controle do tabaco.⁽³⁾ Além do mais, o relatório da OMS destacou que quando a oferta de ajuda para parar de fumar vem acompanhada de outras estratégias de controle do tabaco, como aumento de impostos e política de ambiente livre da fumaça de tabaco, essa política tem maior impacto.⁽³⁾

Para continuar a expandir a rede de tratamento do tabagismo, além de aumentar a disponibilidade de terapia medicamentosa, é necessária atenção contínua ao treinamento formal dos futuros profissionais de saúde sobre abordagens para cessação do tabagismo.⁽⁵⁻⁷⁾ Nesse sentido, supomos que se os estudantes de medicina estiverem cientes dos benefícios da cessação do tabagismo, eles mesmos ficarão mais propensos a evitar o tabagismo e atuarão como modelo de comportamento para seus pacientes.⁽⁸⁾

O presente estudo teve por objetivo avaliar estudantes de medicina no Brasil em relação a seu conhecimento e atitudes sobre as políticas MPOWER da OMS para redução do uso do tabaco na população, ao longo da graduação. Assim, estudantes de medicina do terceiro e sexto anos preencheram a *Global Health Professional Students Survey* (GHPSS, Pesquisa Global de Estudantes de Profissões da Saúde) da OMS.⁽⁹⁾

MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo de coorte realizado entre estudantes de medicina do terceiro e sexto anos da graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, localizada na cidade de São Paulo (SP). As informações sobre os objetivos do presente estudo foram fornecidas em sala de aula pelos autores responsáveis pelo estudo. Os estudantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e preencheram a GHPSS da OMS.⁽⁹⁾ A pesquisa já foi traduzida para o português e validada para uso no Brasil.^(10,11)

Os estudantes de medicina do terceiro ano preencheram a pesquisa em junho de 2008-2012. Esses estudantes de medicina do terceiro ano, quando estavam no sexto ano da graduação (ou seja, entre 2011 e 2015), foram convidados a preencher a mesma pesquisa novamente, o que criou cinco coortes de estudantes para seguimento. Além disso, foram coletadas as respostas dos estudantes do sexto ano que não estavam em sala de aula no terceiro ano da graduação quando da aplicação da pesquisa nos anos anteriores. É importante mencionar que, do total de 175 estudantes de terceiro ano matriculados na graduação anualmente entre 2008 e 2012 (N = 875), 556 (63,5%) completaram a pesquisa. Dos estudantes de medicina do sexto ano, 110, 61, 82, 66 e 68 preencheram a pesquisa em 2011, 2012, 2013, 2014 e 2015, respectivamente, totalizando 387 (44,2%) do número total de estudantes matriculados (N = 875). Além do mais, 203 (36,5%) dos estudantes do terceiro ano foram seguidos com sucesso no período de estudo.

Para a análise estatística descritiva, foram selecionadas as seguintes variáveis relacionadas à implementação atual e futura das políticas MPOWER na universidade — **Monitor**: prevalência do uso de cigarro, proporção de experimentação de outras formas de tabaco (tabaco de mascar, rapé, bidis, charutos ou cachimbos) e proporção de experimentação de narguilé⁽¹²⁾; **Protect**: a proteção das pessoas contra a fumaça do tabaco foi analisada por meio da variável dicotômica referente à percepção do cumprimento da proibição de fumar na universidade (“A faculdade tem uma política oficial proibindo fumar em seus prédios e clínicas?” e “A proibição oficial de fumar nos prédios e clínicas da faculdade é cumprida?”); **Offer**: estudantes que relataram ter recebido treinamento formal sobre estratégias de cessação do tabagismo (“Você recebeu algum tipo de treinamento formal para abordagem da questão da cessação do tabagismo junto aos pacientes durante a graduação?”); e autorreconhecimento como modelo de comportamento para pacientes/sociedade (“Você se reconhece como modelo de comportamento para seus pacientes e a população?”).^(13,14)

Para todas as análises estatísticas descritivas, o teste do qui-quadrado foi utilizado para comparar as correspondentes proporções entre os anos da graduação entre todos os estudantes do terceiro e sexto anos que preencheram a pesquisa. Também consideramos uma amostra analítica secundária para as análises descritivas que consistiu em estudantes que foram seguidos com sucesso ao longo do tempo (36,5% dos estudantes do terceiro ano) a fim de controlar características não medidas que poderiam confundir os resultados. Além do mais, entre os estudantes sem perda de seguimento, a fim de se avaliar um possível mecanismo para explicar a relação entre ano da graduação e a percepção dos estudantes sobre seu papel como modelo para pacientes/sociedade (Figura 1), as diferenças na proporção entre estudantes do terceiro e sexto anos que responderam “sim” à pergunta “Você se reconhece como modelo de comportamento para seus pacientes e a população?” foram simultaneamente ajustadas para variáveis demográficas e socioambientais. Como a variável resposta era dicotômica (ou seja, sim ou não), e dadas as implicações de saúde pública do nosso estudo, as diferenças absolutas brutas nas proporções foram obtidas de um modelo linear generalizado utilizando família binomial e função de ligação gaussiana.^(15,16) Diferenças segundo o ano da graduação nas proporções da variável “modelo de comportamento” foram simultaneamente ajustadas para idade, status tabágico e a variável “proibição de fumar” (modelo A); em seguida, também adicionamos ao modelo a pergunta selecionada sobre o currículo “Você recebeu algum tipo de treinamento formal sobre como abordar os fumantes?” (modelo B); e, por fim, também consideramos uma análise de sensibilidade que incluiu toda a amostra inicial (estudantes do terceiro ano), ou seja, estudantes com e sem perda de seguimento.

Todas as análises foram realizadas com o programa estatístico Stata, versão 15.0 (StataCorp LP, College

Station, TX, EUA), e o estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da instituição (CAPPesq no. 0277/08).

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra que houve maior proporção de homens que preencheram a pesquisa entre os estudantes de medicina do terceiro ano do que entre os do sexto ano, embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa. As médias de idade dos estudantes de medicina do terceiro e sexto anos foram de 22,2 anos e 24,6 anos, respectivamente. Foram observadas baixa proporção de consumo de cigarros e alta proporção de experimentação de narguilé em ambos os grupos.

Observamos um aumento estatisticamente significativo na proporção de estudantes de medicina que relataram ter recebido treinamento formal sobre abordagens para cessação do tabagismo (22,7% no grupo do terceiro ano vs. 95,8% no grupo do sexto ano), bem como na percepção do cumprimento da política ambiental de controle de ambientes livres da fumaça de tabaco dentro dos prédios/hospitais universitários (59,3% vs. 69,0%). Informações detalhadas sobre a proporção de estudantes que afirmaram que a proibição de fumar nos prédios e clínicas da faculdade é cumprida podem ser encontradas no material suplementar.

A proporção de respostas afirmativas à pergunta sobre autorreconhecimento como modelo de comportamento para pacientes/sociedade foi alta em ambos os grupos, sendo maior no grupo de estudantes do sexto ano

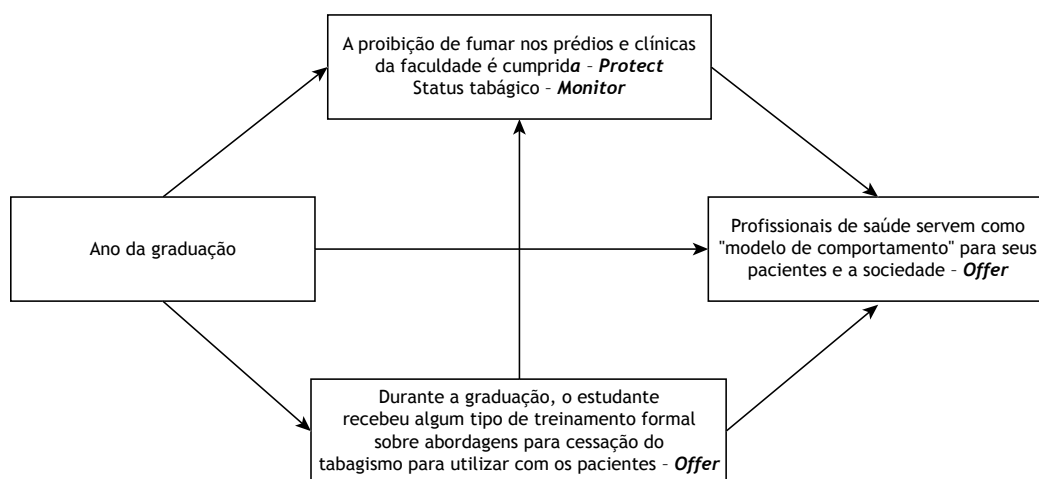


Figura 1. Representação esquemática dos mecanismos para explicar a relação entre ano da graduação e perguntas de interesse da pesquisa.

Tabela 1. Dados demográficos, status tabágico e respostas selecionadas da Pesquisa Global de Estudantes de Profissões da Saúde da OMS de estudantes de medicina do terceiro ano (2008-2012) e sexto ano (2011-2015). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil.^a

Variáveis	Ano da graduação		p	p ajustado*
	Terceiro N = 556	Sexto N = 387		
Sexo masculino	321 (57,7)	213 (55,5)	0,49	N/A
Uso do tabaco (<i>Monitor</i>) ^b				
Consumo de cigarros	30 (5,4)	26 (6,7)	0,40	0,57
Experimentação de outras formas de tabaco ^c	117 (21,0)	92 (23,8)	0,35	0,94
Experimentação de narguilé	241 (43,3)	168 (43,8)	0,83	0,90
Universidade/currículo (<i>Offer</i>) ^b				
Recebeu algum tipo de treinamento formal sobre abordagens para cessação do tabagismo	126 (22,7)	369 (95,8)	< 0,001	N/A
Universidade/tabagismo passivo (<i>Protect</i>) ^b				
A proibição de fumar nos prédios e clínicas da faculdade é cumprida	326 (59,3)	265 (69,0)	< 0,002	N/A
Profissionais de saúde/atitude (<i>Offer</i>) ^b				
Reconhece-se como modelo de comportamento para os pacientes e a população em geral	464 (84,5)	347 (89,7)	0,023	N/A

^aValores expressos em n (%). ^bDe acordo com as políticas MPOWER da OMS. ^cExceto narguilé. *A diferença geral na prevalência de tabagismo (ou uso do tabaco) segundo o ano da graduação foi simultaneamente ajustada para idade e sexo.

(89,7% vs. 84,5%). Análises descritivas adicionais, como as prevalências de uso e de experimentação de outras formas de tabaco (estratificadas por sexo), bem como as atitudes, crenças e conhecimento sobre esses produtos, podem ser encontradas no material suplementar.

A Tabela 2 mostra que a proporção de homens, a proporção de experimentação de narguilé e a média de idade dos estudantes de medicina do terceiro ano com perda de seguimento foram significativamente maiores do que aquelas verificadas entre os estudantes que foram seguidos com sucesso. No entanto, ambos os subgrupos apresentaram proporções semelhantes de fumantes e responderam de forma semelhante às perguntas sobre treinamento formal, percepção da proibição de fumar e autorreconhecimento como modelo de comportamento. Além do mais, as comparações de dados demográficos, status tabágico e respostas selecionadas da GHPSS da OMS entre os estudantes de medicina do terceiro e sexto anos com seguimento bem-sucedido revelaram resultados semelhantes aos encontrados para a amostra global de estudantes de medicina do terceiro e sexto anos que preencheram a pesquisa (Tabela 1).

A Tabela 3 mostra que houve um aumento na percepção dos estudantes sobre serem modelos de comportamento (em relação ao tabagismo) para pacientes/sociedade do terceiro para o sexto ano da graduação (diferença absoluta bruta = +6,9%),

embora esse aumento não tenha sido encontrado quando o modelo estatístico foi ajustado para outras variáveis demográficas e socioambientais. O modelo B sugere que o efeito do ano da graduação foi mediado principalmente pelo recebimento de treinamento formal sobre estratégias de cessação do tabagismo (diferença absoluta bruta = +6,4%). A variável "ter conhecimento do cumprimento da política de proibição de fumar no campus universitário" também se associou ao aumento (diferença absoluta bruta e ajustada) na percepção dos estudantes sobre serem modelos de comportamento para os pacientes e a população em geral.

Incluímos toda a amostra de estudantes de medicina do terceiro e sexto anos na análise de sensibilidade (Tabela 4), e as principais conclusões baseadas na Tabela 3 permaneceram inalteradas.

DISCUSSÃO

De 2008 a 2015, o presente estudo monitorou estudantes de medicina do terceiro e sexto anos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em diversas questões relacionadas ao tabagismo, e revelou que o ambiente acadêmico/universitário teve um impacto positivo e transformador nesses estudantes.

Os estudantes de medicina do sexto ano relataram um aumento significativo do seu conhecimento sobre a abordagem ao tratamento do tabagismo e de sua percepção do seu papel como modelos de

Tabela 2. Dados demográficos, status tabágico e respostas selecionadas da Pesquisa Global de Estudantes de Profissões da Saúde da OMS de estudantes de medicina do terceiro ano (subgrupos com e sem perda de seguimento) e sexto ano (sem perda de seguimento). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil.^a

Variáveis	Ano da graduação		
	Terceiro (2008-2012) ^{c,d}	Sexto (2011-2015) ^d	Sexto (2011-2015) ^d
	Com perda de seguimento n = 353	Sem perda de seguimento n = 203	Sem perda de seguimento n = 203
Demográficas			
Sexo masculino	62,0%	50,3%	50,3%
Média de idade, anos	22,5	21,8	24,5
Uso do tabaco (<i>Monitor</i>)^a			
Consumo de cigarros	5,7%	4,9%	5,9%
Experimentação de outras formas de tabaco ^b	23,1%	18,0%	17,3%
Experimentação de narguilé	49,7%	33,3%	33,7%
Universidade/currículo (<i>Offer</i>)^a			
Recebeu algum tipo de treinamento formal sobre abordagens para cessação do tabagismo	24,4%	19,8%	95,1%
Universidade/tabagismo passivo (<i>Protect</i>)^a			
A proibição de fumar nos prédios e clínicas da faculdade é cumprida	61,3%	55,7%	63,4%
Profissionais de saúde/atitude (<i>Offer</i>)^a			
Reconhece-se como modelo de comportamento para os pacientes e a população em geral	84,7%	84,2%	91,1%

^aDe acordo com as políticas MPOWER da OMS. ^bExceto narguilé. ^cDiferenças estatisticamente significativas entre os subgrupos são indicadas a seguir: sexo masculino ($p = 0,007$); idade ($p = 0,009$); e experimentação de narguilé ($p < 0,001$; p ajustado para sexo e idade = $0,15$). ^dDiferenças estatisticamente significativas entre os anos da graduação entre estudantes sem perda de seguimento são indicadas a seguir: idade ($p < 0,001$); política **Offer** ($p < 0,001$); e modelo de comportamento ($p = 0,033$).

Tabela 3. Diferenças absolutas brutas e ajustadas em relação ao autorreconhecimento dos estudantes como modelos de comportamento para pacientes/sociedade entre estudantes de medicina com seguimento bem-sucedido, segundo o ano da graduação, variáveis demográficas e variáveis socioambientais.

Variáveis	DAB ^a		Modelo A ^b DAA ^a		Modelo B ^c DAA ^a	
	%	p	%	p	%	p
Ano da graduação						
Terceiro	Ref		Ref			
Sexto	6,9	0,03	6,3	0,09	1,9	0,70
Sexo						
Feminino	Ref		-	-	-	-
Masculino	-3,0	0,34	-	-	-	-
Idade, anos	0,9	0,10	-0,1	0,89	-0,1	0,87
Status tabágico						
Não fumante	Ref		Ref		Ref	
Fumante	-11,0	0,23	-11,7	0,18	-11,5	0,19
Recebeu algum tipo de treinamento formal sobre abordagens para cessação do tabagismo						
Não	Ref		-	-	Ref	
Sim	7,9	0,02	-	-	+6,4	0,14
A proibição de fumar nos prédios e clínicas da faculdade é cumprida						
Não	Ref		Ref		Ref	
Sim	7,9	0,02	6,6	0,05	6,7	0,05

DAB: diferença absoluta bruta; e DAA: diferença absoluta ajustada. ^aModelo linear generalizado utilizando família binomial e função de ligação gaussiana. O coeficiente de regressão foi a diferença absoluta nas proporções. ^bA diferença global segundo o ano da graduação na proporção de respostas afirmativas à pergunta sobre autorreconhecimento como modelo de comportamento foi simultaneamente ajustada para idade, status tabágico, coorte de estudantes e proibição de fumar. ^cA diferença global na proporção de respostas afirmativas à pergunta sobre autorreconhecimento como modelo de comportamento foi simultaneamente ajustada para idade, status tabágico, coorte de estudantes, proibição de fumar e a pergunta sobre ter recebido algum tipo de treinamento formal sobre abordagens para cessação do tabagismo.

Tabela 4. Diferenças absolutas brutas e ajustadas em relação ao autorreconhecimento dos estudantes como modelos de comportamento para pacientes/sociedade na amostra global de estudantes de medicina, segundo o ano da graduação, variáveis demográficas e variáveis socioambientais.

Variáveis	DAB ^a		Modelo A ^b DAA ^a		Modelo B ^c DAA ^a	
	%	p	%	p	%	p
Ano da graduação						
Terceiro	Ref		Ref			
Sexto	6,6	0,009	7,1	0,010	1,6	0,62
Sexo						
Feminino	Ref		-	-	-	-
Masculino	-2,2	0,39	-	-	-	-
Idade, anos	0,3	0,099	-0,2	0,69	-0,2	0,79
Status tabágico						
Não fumante	Ref		Ref		Ref	
Fumante	-8,2	0,21	-8,2	0,19	-8,4	0,18
Recebeu algum tipo de treinamento formal sobre abordagens para cessação do tabagismo						
Não	Ref		-	-	Ref	
Sim	5,8	0,049	-	-	6,1	0,075
A proibição de fumar nos prédios e clínicas da faculdade é cumprida						
Não	Ref		Ref		Ref	
Sim	6,8	0,011	5,9	0,026	6,0	0,029

DAB: diferença absoluta bruta; e DAA: diferença absoluta ajustada. ^aModelo linear generalizado utilizando família binomial e função de ligação gaussiana. O coeficiente de regressão foi a diferença absoluta nas proporções. ^bA diferença global segundo o ano da graduação na proporção de respostas afirmativas à pergunta sobre autorreconhecimento como modelo de comportamento foi simultaneamente ajustada para idade, status tabágico, coorte de estudantes e proibição de fumar. ^cA diferença global na proporção de respostas afirmativas à pergunta sobre autorreconhecimento como modelo de comportamento foi simultaneamente ajustada para idade, status tabágico, coorte de estudantes, proibição de fumar e a pergunta sobre ter recebido algum tipo de treinamento formal sobre abordagens para cessação do tabagismo.

comportamento para pacientes/sociedade, quando comparados aos estudantes do terceiro ano (estratégia MPOWER *Offer*).

O treinamento formal sobre abordagens para cessação do tabagismo provavelmente teve impacto no aumento da autoeficácia e expandiu o repertório dos estudantes sobre tópicos relacionados à cessação do tabagismo a serem utilizados com os fumantes no futuro (estratégia MPOWER *Offer*). Um estudo envolvendo estudantes de medicina na Finlândia revelou que a falta de capacidade para abordar fumantes de forma adequada durante uma consulta clínica decorre da falta de treinamento específico.⁽¹³⁾ Além disso, um estudo realizado no Iraque constatou que os médicos que eram fumantes e relataram ter recebido treinamento formal sobre cessação do tabagismo durante sua formação universitária reconheceram que poderiam ter um impacto mais positivo na população se parassem de fumar.⁽¹⁴⁾ A educação formal obtida durante os anos de formação médica é, portanto, essencial para a transformação e desenvolvimento do estudante em um modelo de comportamento médico, na medida em que a visão de seu papel na sociedade se expande.⁽¹⁷⁾ Outro ponto importante é que o conceito que os estudantes têm de si mesmos evolui à medida que eles entram em contato com os pacientes e acumulam mais conhecimento, se sentem mais confiantes e apresentam maior identidade profissional.^(18,19)

O Artigo 14 da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco⁽²⁰⁾ reforça a importância de reduzir o número de usuários atuais de tabaco por meio do ensino sobre o tratamento da dependência do tabaco. Um dos quadros de monitoramento global da OMS para o plano de ação para doenças não transmissíveis é reduzir o uso do tabaco. Para atingir esse objetivo, as faculdades de medicina terão, portanto, que fazer sua parte no ensino sobre o controle do tabaco, a fim de ajudar os fumantes a parar de fumar.^(20,21)

No momento, o tratamento para cessação do tabagismo envolve tanto o aconselhamento comportamental/cognitivo (breve ou intensivo, individual ou em grupo) quanto à farmacoterapia, e seus custos são totalmente cobertos para todos os fumantes pelo Sistema Único de Saúde em unidades básicas de saúde ou hospitais. Em 2019, após um longo e árduo processo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde finalmente aprovou a inclusão do tratamento para cessação do tabagismo na cobertura de seguro saúde privado, beneficiando 47 milhões de segurados de planos de saúde (22% da população total do Brasil).⁽²²⁻²⁴⁾

Até onde sabemos, este é o primeiro estudo que avaliou a associação entre a GHPSS e o autorreconhecimento dos estudantes de medicina de sua importância como futuros médicos que oferecerão a seus pacientes ajuda para abandonar o uso do tabaco e servirão como modelos de comportamento para seus pacientes e a sociedade. Os motivos do autorreconhecimento dos estudantes como modelos de comportamento podem ser decorrentes de um processo de transição durante a formação médica, determinado não apenas pela

metodologia da educação formal, mas também por componentes socioambientais, como a lei de ambientes livres de fumo que entrou em vigor no estado de São Paulo em 2009 (política MPOWER *Protect*).⁽¹²⁾ De fato, o Relatório sobre a Epidemia Global do Tabaco de 2019⁽³⁾ enfatiza que quando a ajuda para parar de fumar vem acompanhada de outras estratégias de controle do tabaco, há um impacto maior.

Nossa análise mostrou que a percepção do cumprimento da proibição dentro do campus (política MPOWER *Protect*) também influenciou o autorreconhecimento do estudante como modelo de comportamento para pacientes e a população, independentemente do ano da graduação. Vale ressaltar que, em 2009, noventa dias antes da promulgação da Lei Antifumo⁽¹²⁾ que criou ambientes livres de fumo e proibiu o uso de qualquer produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em todos os locais fechados públicos e privados, os mais variados veículos de comunicação divulgaram massivamente informações sobre o conteúdo da lei e as mudanças necessárias que deveriam ocorrer.

De acordo com Bandura,⁽²⁵⁾ o paradigma observacional do processo de conscientização de se tornar um modelo de comportamento é composto por atenção, retenção, reprodução e motivação, a qual, por sua vez, é influenciada pelo comportamento, pelo indivíduo e pelo ambiente. A grande maioria dos cidadãos do estado de São Paulo cumpre a lei de ambientes livres de fumo,⁽¹²⁾ o que sugere que eles entenderam o benefício da lei para a saúde pública. A avaliação dos estudantes que foi realizada entre junho/julho de cada ano provavelmente revelou o impacto positivo de uma campanha de saúde pública bem conduzida sobre a percepção dos estudantes de medicina do terceiro e sexto anos a partir de 2010. Essa mudança de crenças e comportamentos é corroborada por estudos realizados na última década que demonstraram que a divulgação e a disseminação do conhecimento em saúde levam a mudanças nas atitudes dos profissionais médicos e da população em geral.⁽²⁶⁻²⁹⁾

Os componentes socioambientais, como a implementação de ambientes livres de fumo em instalações hospitalares e de ensino médico, são importantes para o desenvolvimento da imagem do próprio estudante como futuro profissional de saúde que servirá como modelo de comportamento para os pacientes e a sociedade.⁽³⁰⁾ Uma mudança no ambiente educacional, como o cumprimento da lei de ambientes livres de fumo,⁽¹²⁾ deve ser adotada em escala mais ampla na formação dos estudantes de medicina como parte da contribuição para a construção de um "modelo de comportamento".⁽³¹⁾ Por meio de uma mudança cultural, os estudantes de medicina adquirem habilidades e competências para lidar com as novas normas e valores de sua comunidade.⁽⁸⁾ Esse conceito é conhecido como "práticas comunitárias"⁽³²⁾ e contribui, juntamente com os anos passados na faculdade de medicina, para o desenvolvimento da identidade profissional do médico.⁽⁸⁾

Embora não tenhamos encontrado uma associação estatisticamente significativa entre status tabágico e autorreconhecimento como modelo de comportamento, um médico fumante pode ser menos propenso a motivar e aconselhar os fumantes a parar de fumar.^(10,11) Nossos resultados também causam preocupação porque, embora a taxa de consumo de cigarros tenha sido baixa, encontramos uma alta proporção de experimentação de narguilé (política MPOWER *Monitor*), apesar do conhecimento de que a fumaça não é filtrada pela água do narguilé, o que pode ter um impacto negativo na política MPOWER *Offer* (ajuda para abandonar o uso do tabaco).⁽³⁾ Outros estudos nacionais e internacionais também encontraram altas taxas de experimentação/uso de narguilé entre os estudantes de medicina, o que representa um desafio adicional para o aumento da eficácia do tratamento para cessação do tabagismo no Brasil e em outros países.^(33,34)

Nosso estudo apresenta algumas limitações. Ele não foi capaz de avaliar os efeitos independentes de outras políticas além da política antifumo implementada durante o período de estudo (por exemplo, em 2011, uma nova política de preços e tributação de produtos de tabaco foi implementada no Brasil). Outra limitação do presente estudo foi que um número reduzido de estudantes de medicina do sexto ano frequenta aulas formais, principalmente por trabalharem em período integral no hospital e terem atividades limitadas em sala de aula, o que dificultou o contato entre os estudantes e os pesquisadores e reduziu a participação

dos estudantes no estudo. Embora aproximadamente 60% dos estudantes de medicina do terceiro ano tenham tido perda de seguimento, nossa análise incluindo estudantes sem seguimento bem-sucedido produziu resultados compatíveis com aqueles alunos com seguimento bem-sucedido, o que sugere que nossas conclusões podem de certa forma ser generalizadas.

Concluindo, o conhecimento sobre estratégias de cessação do tabagismo e a autorreconhecimento como modelo de comportamento para pacientes/sociedade aumentaram ao longo da graduação e associaram-se à implementação bem-sucedida de políticas antifumo em locais fechados e no campus universitário. Isso será importante para melhorar o tratamento para cessação do tabagismo no futuro.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

SRM: planejamento, interpretação das evidências, redação/revisão das versões preliminares e final e aprovação da versão final. ASS: interpretação das evidências, redação/revisão das versões preliminares e final e aprovação da versão final. MAB: interpretação das evidências. GFP: concepção, planejamento e interpretação das evidências. RBP e EMSL: concepção e planejamento. FLAF: concepção, planejamento e escrita/revisão das versões preliminares e final. RGB: redação/revisão das versões preliminares e final. MTF: revisão das versões preliminares e final. UPS: concepção, planejamento, interpretação das evidências e redação/revisão das versões preliminares e final.

REFERÊNCIAS

- Pan American Health Organization/World Health Organization. [homepage on the Internet]. Washington DC: PAHO; c2019 [cited 2019 Oct 17]. Tobacco kills one person every 34 seconds in the Americas [about 4 screens]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15229:tobacco-kills-one-person-every-34-seconds-in-the-americas&Itemid=1926&lang=pt
- World Health Organization [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization; c2008 [cited 2019 Oct 17]. Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008 - The MPOWER package. [Adobe Acrobat document, 342p.]. Available from: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf
- World Health Organization [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization; c2019 [cited 2019 Oct 17]. Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019 - Offer help to quit tobacco use. Available from: https://www.who.int/tobacco/global_report/en/
- The W. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. The World Bank. Tob Control. 1999;8(2):196-201. <https://doi.org/10.1136/tc.8.2.196>
- 2008 PHS Guideline Update Panel, Liaisons, and Staff. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. Respir Care. 2008;53(9):1217-1222.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [homepage on the Internet]. Atlanta (GA): CDC; c2020 [cited 2020 Mar 12]. Smoking & Tobacco Use. Surgeon General's Reports on Smoking and Health. Available from: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/index.htm
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [homepage on the Internet]. Atlanta (GA): CDC; c2020 [cited 2020 Mar 12]. Smoking & Tobacco Use. Education and Training. Available from: https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/for-health-care-providers/education-training/index.html
- Mann KV. Theoretical perspectives in medical education: past experience and future possibilities. Med Educ. 2011;45(1):60-68. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03757.x>
- Global Tobacco Surveillance System Collaborating Group. Global Tobacco Surveillance System (GTSS): purpose, production, and potential. J Sch Health. 2005;75(1):15-24. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2005.tb00004.x>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [homepage on the Internet]. Atlanta (GA): CDC; c2020 [cited 2020 Mar 24]. Global Tobacco Surveillance System Data (GTSSData). Available from: <https://nccd.cdc.gov/GTSSDataSurveyResources/Ancillary/DataReports.aspx?CAID=2>
- Almeida LM, Szklo AS, Souza MC, Sampaio MMA, Mendonça AL, Martins LFL, editors. Global adult tobacco survey: Brazil report. Rio de Janeiro: INCA; 2010. 208 p.
- Governo do Estado de São Paulo. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo [homepage on the Internet]. Lei no 13.541, de 7 de maio de 2009. Proíbe o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, na forma que especifica. [about 2 screens]. 13541/09. Available from: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2009/lei-13541-07.05.2009.html>
- Barengo NC, Sandström HP, Jormanainen VJ, Myllykangas MT. Attitudes and behaviours in smoking cessation among general practitioners in Finland 2001. Soz Präventivmed. 2005;50(6):355-360. <https://doi.org/10.1007/s00038-005-4097-z>
- Abdulateef DS, Ali AJ, Abdulateef DS, Mohesh MI. Smoking Knowledge, Attitude, and Practices Among Health Care Professionals from Sulaymaniyah City/Iraq. Tob Use Insights. 2016;9:1-6. <https://doi.org/10.4137/TUI.S38171>
- Wacholder S. Binomial regression in GLIM: estimating risk ratios and risk differences. Am J Epidemiol. 1986;123(1):174-184. <https://doi.org/10.1093/aje/123.1.174>

- org/10.1093/oxfordjournals.aje.a114212
16. Szklo M, Nieto F. *Epidemiology: beyond the basics*. 3rd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2012.
 17. Vagan A. Medical students' perceptions of identity in communication skills training: a qualitative study. *Med Educ*. 2009;43(3):254-259. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03278.x>
 18. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
 19. Pitkala KH, Mantyranta T. Professional socialization revised: medical students' own conceptions related to adoption of the future physician's role—a qualitative study. *Med Teach*. 2003;25(2):155-160. <https://doi.org/10.1080/0142159031000092544>
 20. WHO Framework Convention on Tobacco Control [homepage on the Internet]. Geneva: WHO; 2003. [cited 2019 Nov 10]. Available from: http://www.who.int/fctc/text_download/en/
 21. World Health Organization (WHO) [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization; c2020 [cited 2020 Mar 24]. Target 5: Reduce tobacco use [about 2 screens]. Available from: <http://www.who.int/nmh/ncd-tools/target5/en/>
 22. Associação Médica Brasileira (AMB) [homepage on the Internet]. São Paulo: AMB; c2018 [cited 2020 Mar 24]. Resolução Normativa CNHM no 036/2018. [Adobe Acrobat document, 17p.]. Available from: https://amb.org.br/wp-content/uploads/2018/12/RN-CNHM-036_2018-v4.pdf
 23. World Health Organization (WHO) [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization; c2019 [cited 2020 Mar 24]. Report on the Global Tobacco Epidemic - Offer help to quit tobacco use. [Adobe Acrobat document, 8p.]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325968/WHO-NMH-PND-2019.5-por.pdf?ua=1>
 24. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) [homepage on the Internet]. Rio de Janeiro: ANS; c2020 [cited 2020 Mar 24]. Dados Gerais. Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2010-2020). Available from: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>
 25. Bandura A. Social cognitive theory. In: Lawler EJ, editor. *Six Theories of Child Development: Revised Formulations and Current Issues*. Volume 6 of *Annals of Child Development*. Greenwich, CT: JAI Press; 1989. p. 1-60.
 26. Clandinin DJ, Cave MT. Creating pedagogical spaces for developing doctor professional identity. *Med Educ*. 2008;42(8):765-770. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03098.x>
 27. Hafferty F. Professionalism and the socialization of medical students. In: Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y, editors. *Teaching Medical Professionalism*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2008. p. 53-70. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511547348.005>
 28. Hilton S. Education and the changing face of medical professionalism: from priest to mountain guide?. *Br J Gen Pract*. 2008;58(550):353-361. <https://doi.org/10.3399/bjgp08X280128>
 29. Mechanic D. Rethinking medical professionalism: the role of information technology and practice innovations. *Millbank Q*. 2008;86(2):327-358. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2008.00523.x>
 30. Dornan T, Boshuizen H, King N, Scherpbier A. Experience-based learning: a model linking the processes and outcomes of medical students' workplace learning. *Med Educ*. 2007;41(1):84-91. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02652.x>
 31. Steinert Y, Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Fuks A. Faculty development as an instrument of change: a case study on teaching professionalism. *Acad Med*. 2007;82(11):1057-1064. <https://doi.org/10.1097/01.ACM.0000285346.87708.67>
 32. Lave J, Wenger E. *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge UK: Cambridge University Press; 1991.
 33. Miri-Moghaddam M, Shahrakipour M, Nasser S, Miri-Moghaddam E. Higher prevalence of water pipe compared to cigarette smoking among medical students in Southeast Iran. *Cent Eur J Public Health*. 2019;27(3):188-194. <https://doi.org/10.21101/cejph.a5615>
 34. Araújo RS, Milhomem YO, Pereira HFS, Silva Junior JLRD. Factors related to the use of hookah among medical students. *J Bras Pneumol*. 2019;45(5):e20180184. <https://doi.org/10.1590/1806-3713/e20180184>